

Einwilligung in die Nutzung medizinischer Daten

Ich,

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

willige ein, dass

Heilpraktikerin Marion Lucke
Carl-Feichtner-Ring 4
83714 Miesbach

meine medizinischen Daten im Rahmen des bestehenden Behandlungsvertrages verarbeiten, d.h. speichern, kopieren, ändern, löschen darf. Hierzu gehören insbesondere folgende Daten: Diagnose, Anamnese, Vorerkrankungen, durchgeführte Behandlungen, Behandlungsverlauf.

Die Daten werden ausschließlich zur Erfüllung des Behandlungsvertrages genutzt und, außer in den gesetzlich geregelten Fällen, insbesondere einer ausdrücklichen Einwilligung meinerseits, nicht an Dritte weitergegeben.

Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen von meinem Widerrufsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung für die Zukunft abändern oder widerrufen. Der Widerruf erfolgt mittels einer Erklärung gegenüber Heilpraktikerin Marion Lucke. Dieser kann persönlich, telefonisch, postalisch oder per E-Mail erfolgen.

Hierfür nutze ich folgende Kontaktdaten:

Marion Lucke
Lindenweg 2a
83714 Miesbach

Tel: 08025 999156

E-Mail: marion.lucke@t-online.de

Es entstehen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den geltenden Tarifen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in